

PSEUDO-ANGINES DE POITRINE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

PAR

LA SUGGESTION

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 29 juillet 1895, à 3 heures

PAR

ARTHUR MARCHANT

Né à Boismont (M.-et-M.)

Examineurs: { MM. BERNHEIM, président.
SIMON, professeur.
PARISOT, agrégé.
HAUSHALTER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

1895

PSEUDO-ANGINES DE POITRINE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

PAR

LA SUGGESTION

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 29 juillet 1895, à 3 heures

PAR

ARTHUR MARCHANT

Né à Boismont (M.-et-M.)

Examineurs: { MM. BERNHEIM, président.
SIMON, professeur.
PARISOT, agrégé.
HAUSHALTER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I .

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES O , I .

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES O , I , COZE , I ,
HERRGOTT , I , HECHT , I , BEAUNIS , I .

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM  , I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I  , professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I  , professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I  , professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I  , professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I  , professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I  , professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I  , professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I  , professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I  , professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I  , professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I  , professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A  , professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A  , professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, A  , professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A  , professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A  , chargé du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. N.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A  , agrégé libre, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, A  , agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN, A  , agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A  , agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, A  , agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A  .	MM. REMY, A  .	MM. HAUSHALTER, A  .
VAUTRIN, A  .	P. PARISOT, A  .	FÉVRIER.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, , I , ROHMER, A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, , A , Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MES FILS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0005

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

Hommage de profonde reconnaissance

PSEUDO-ANGINES DE POITRINE

DIAGNOSTIC & TRAITEMENT PAR LA SUGGESTION

AVANT-PROPOS

Il y a neuf ans j'ai été dans la triste situation d'observer dans ma famille, chez une jeune femme de vingt-trois ans, une forme d'angine de poitrine dont les symptômes ont donné lieu, de la part des médecins qui ont été appelés à la soigner, et parmi eux se trouvaient des maîtres illustres, à des interprétations fort différentes. Les uns voyaient une affection organique, les autres une affection purement fonctionnelle.

Tous les traitements indiqués successivement ont été suivis exactement et avec persévérance pendant plus de deux ans. Cependant, l'affection loin de diminuer faisait chaque jour des progrès au point que la malade, épuisée, anémiée profondément par la fièvre et l'absence de nourriture, en proie à des sueurs profuses, à une insomnie persistante, à une oppression continuelle, à des accès de

douleurs terribles de plus en plus rapprochés, ne pouvait plus quitter le lit. Elle était découragée par les insuccès répétés ; et, persuadée que son mal était inguérissable, la vie lui était devenue à charge.

A ce moment la nouvelle méthode de traitement par la suggestion faisait son apparition ; elle avait déjà donné des résultats indiscutables. J'avais suivi de près les cliniques de mon maître, le professeur Bernheim ; je lui parlai de ce cas désespéré. Il me pria aussitôt de lui amener cette pauvre malade. Je la remis entre ses mains et, en moins de deux mois, la guérison complète, définitive, était obtenue : l'état de santé actuel de cette jeune femme peut en rendre témoignage.

Cette observation présente à notre avis un intérêt particulier : d'une part la confusion possible et peut-être fréquente de l'angine de poitrine vraie avec la pseudo-angine, l'inefficacité des traitements indiqués par les Maîtres ; d'autre part, la lumière faite rapidement et la guérison obtenue complètement par la suggestion. Nous avons trouvé dans cette opposition l'idée de notre dissertation inaugurale.

Montrer les difficultés du diagnostic différentiel de la pseudo-angine de poitrine et de l'angine de poitrine vraie par une étude rapide de la question chez les principaux auteurs et l'analyse des principales observations faites sur ce sujet ;

Démontrer, par quelques observations, que la science possède aujourd'hui dans la suggestion un moyen précieux d'investigation à l'aide duquel on peut facilement déterminer la pseudo-angine ;

Indiquer enfin le parti thérapeutique que l'on peut tirer de la suggestion dans le traitement de la pseudo-angine de poitrine.

Tel est le but que nous nous proposons dans ce modeste travail.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous avons le devoir d'adresser à notre excellent maître, M. le professeur Bernheim, nos plus vifs remerciements pour les bons conseils et l'appui toujours bienveillant que nous avons constamment trouvés auprès de lui pendant nos études, et pour l'inoubliable service qu'il nous a rendu par sa science et son dévouement. Nous le prions de vouloir bien agréer ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous sommes également heureux que l'usage nous permette de remercier publiquement tous nos maîtres de la Faculté de Nancy. Que M. le professeur Gross veuille bien recevoir l'expression de notre gratitude pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous montrer.

Nous prions particulièrement M. le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté, d'agréer l'hommage respectueux

de notre reconnaissance pour les précieux encouragements qu'il a bien voulu nous donner et qui ont contribué à nous faire toucher le but que nous poursuivons.

Qu'il nous soit permis en même temps de remercier notre ami, M. le docteur J. Sterne, de l'amabilité avec laquelle il a bien voulu mettre son expérience à contribution pour nous aider de ses conseils.

Historique

Refaire l'historique complet de l'angine de poitrine sortirait du cadre de notre sujet ; car le but que nous nous proposons n'est pas d'étudier cette affection dans tous ses détails, ni d'exposer les différentes théories de physiologie pathologique qui ont été successivement émises pour expliquer ce syndrome, mais de caractériser la pseudo-angine pour en faire un type à part nettement reconnaissable grâce à la suggestion et facilement curable par ce nouveau traitement.

« L'angine de poitrine, dit M. Jaccoud, est une des
« maladies les plus simples au point de vue de ses phéno-
« mènes et de son diagnostic, c'est une des plus obscures
« au point de vue pathologique et de fait de nombreuses
« théories ont voulu l'expliquer. »

Les premiers travaux sur l'angine de poitrine, notamment ceux d'Héberden en Angleterre, et de Rougnon en France, sont muets sur l'affection qui nous occupe ; mais ces auteurs n'en ont pas moins le grand mérite d'avoir décrit et tiré du chaos séméiologique d'alors, une affection vieille comme le monde c'est-à-dire comme les états morbides qui lui ont donné naissance.

Les différentes écoles, s'emparant de la nouvelle venue et fouillant dans ses origines, sont arrivées à des conceptions contradictoires.

Pour les Anglais, continuateurs des idées d'Héberden, la seule étiologie de l'affection résidait dans les lésions du cœur ou des gros vaisseaux auxquelles ils ont ajouté plus tard, avec Jenner, Parry, Kreysyg, l'ossification et l'oblitération des artères coronaires.

Les Allemands, se plaçant à un autre point de vue, voulaient considérer l'angine de poitrine comme une affection générale. Son existence pour eux était intimement liée au lithiasis. Cependant Eulenburg, faisant un emprunt à la théorie anglaise, admettait l'existence d'une affection cardiaque intermédiaire.

A ces théories exclusives, l'Ecole française est venue opposer la théorie clinique de la névralgie, théorie éclectique qui a l'avantage de laisser à chacun sa part de vérité, la névralgie pouvant parfaitement, tout en rendant compte de tous les phénomènes, être tantôt d'origine goutteuse (thèse allemande), ou d'origine cardiaque (thèse anglaise).

Jusqu'à présent, nous sommes en présence d'une affection unique ayant une entité et une appellation uniques. Mais de nos jours, on a voulu lui donner autant de formes qu'il existait d'états morbides pouvant lui donner naissance. Ainsi, on a vu naître l'angine de poitrine, goutteuse, diabétique, hystérique, tabagique, tabétique, etc. De nouveau, la question, pour avoir été trop creusée, devient embrouillée. Ces différentes formes, en réalité, ne constituent pas des affections différentes, mais un syndrome auquel peuvent donner lieu le diabète, l'hystérie, la goutte,

l'intoxication par le tabac. Ce sont là des formes d'angines à symptômes variés, n'ayant que l'apparence de la gravité, procédant de causes multiples, comme d'états morbides divers et ne donnant pas lieu à un pronostic alarmant.

Comme Huchard, il nous paraît rationnel de ramener toutes les angines de poitrine à deux types précis : 1^o l'angine de poitrine vraie qui tue toujours et qui a sa raison d'être immuable soit dans les lésions aortiques, soit dans une coronarite, soit dans une névrite du plexus cardiaque (Lancereaux, Peter) ; 2^o l'angine de poitrine fausse ou pseudo-angine de poitrine, selon l'expression de Lartigue, qui se rencontre dans différents états nerveux (hystérie, névropathie cérébro-cardiaque (Krishaber), névrasthénie, hypocondrie), ou dans certains troubles gastro-intestinaux, et toujours susceptible de guérison.

Cherchons maintenant dans la littérature médicale la genèse de ces pseudo-angines de poitrine.

Desportes, dans son *Traité de l'angine de poitrine*, reproduit l'observation d'une femme de 43 ans, observation empruntée au *Journal de Médecine* de Corvisart, dans laquelle il s'agit peut-être d'angine hystérique. Laënnec (*Traité d'auscultation*), cite des angines bénignes, mais n'insiste pas. Bertrand, dans la *Gazette médicale*, 1839, raconte sa propre histoire qui est celle d'un angineux névrosé sinon hystérique. Lartigue (*Traité de l'angine*, 1846) signale l'hystérie comme cause d'angine. L'influence des troubles gastro-intestinaux est indiquée déjà par Héberden, mais d'une façon superficielle. Jurine, de son côté, rapporte l'histoire d'un malade dont les paroxysmes n'étaient jamais plus intenses que quand il était à jeun. Pour Beau

(*Gazette des hôpitaux*, 1862), la dyspepsie joue un grand rôle dans la genèse de l'angine de poitrine.

Enfin si nous arrivons rapidement à l'époque moderne, nous voyons Liégeois, dans son remarquable mémoire paru dans la *Revue de l'Est*, 1883, qui résume l'état des connaissances du moment sur cette affection, insister sur différentes formes d'angine de poitrine qui constituent ce que nous appelons la pseudo-angine de poitrine.

Il rapporte les deux cas d'Eichwald concernant, le premier, une femme dont les crises d'hystérie alternaient avec les crises d'angine ; le second, une femme foncièrement hystérique. Il cite tout au long une observation intéressante due au professeur Bernheim à propos de laquelle ce maître établit que l'angor pectoris peut exister en tant que manifestation hystérique. Krishaber a noté l'angine de poitrine dans la névropathie cérébro-cardiaque, affection que M. Germain Sée regarde comme une des modalités de l'hystérie. Trousseau reconnaît que les émotions vives de l'âme, même l'émotion d'un examen médical, et surtout les emportements de la colère peuvent être des causes d'angine provoquant ou accentuant les accès.

Les rêves pénibles, ajoute-t-il plus loin, peuvent créer aussi cette affection.

En 1882, Marie, dans son livre sur les maladies nerveuses et fonctionnelles du cœur, fait mieux qu'une allusion vague à l'affection qui nous occupe : l'hystérie et l'éréthisme nerveux, dit-il, peuvent être considérés comme causes d'angine de poitrine.

Puis la question est étudiée au complet par Huchard

(*Revue de médecine*, 1883) qui établit le diagnostic entre les deux formes d'angine de poitrine et donne des indications thérapeutiques très complètes résultant de cette différenciation. C'est dans ce travail que paraît le premier germe du traitement que nous proposerons dans la suite de ce travail ; la métallothérapie externe et interne et les applications de terre glaise de Dubois et de Sokoloff n'étaient que de la suggestion déguisée.

Leclerc (1), dans sa thèse inaugurale, a étudié l'angine de poitrine hystérique.

Enfin Charcot, A. Petit (2), et Dieulafoy (3) ont aussi parlé de ces fausses angines en leur attribuant leur véritable caractère.

Nous serons récompensés de nos efforts si, après avoir montré combien cette question a été diversement interprétée par les auteurs, nous parvenons à bien la définir, à bien la spécifier, nous efforçant de mettre en lumière le rôle de la suggestion comme moyen de diagnostic et de traitement de cette affection si souvent rebelle aux autres médications employées habituellement, chose qui n'a pas encore été étudiée, bien que M. le professeur Bernheim la professe déjà depuis plusieurs années.

(1) *Thèse de Paris*, 1887.

(2) *Traité de médecine*, de Charcot, Bouchard, t. v.

(3) *Manuel de pathologie*.

Caractères cliniques des Pseudo-Angines

Avant d'insister sur les points particuliers que nous voulons essayer de mettre en lumière dans ce travail, c'est-à-dire sur le rôle de la suggestion dans l'affection qui nous occupe, nous croyons utile, pour la clarté du sujet, de définir brièvement et d'expliquer en quelques pages, ce qu'on a entendu jusqu'ici par pseudo-angines et de les différencier des angines vraies :

« Aussitôt, disait Wichmann au commencement de ce siècle, qu'un malade se plaint maintenant d'une gêne, d'une constriction de la poitrine ou d'une courte haleine, on désigne tout de suite l'angine de poitrine ; et on écrit une observation sous ce nom (1) ». Cet observateur, qui pourtant n'avait pas les éléments nécessaires pour poser un diagnostic différentiel entre les deux sortes d'angine, avait déjà senti qu'entre les diverses manifestations angineuses, il existait une grande différence ; que les unes, toujours semblables à elles-mêmes, suivant la même marche, effrayantes par la gravité de leurs symptômes, étaient capables de tuer l'individu chez lequel elles se pro-

(1) Wichmann, *Ueber angina pectoris und polypus cordis*, 1801.

duisaient; que les autres, variables dans leurs symptômes, ne dérivant pas toujours des mêmes causes, n'atteignaient que rarement l'intensité des premières, étaient beaucoup moins dangereuses quoique souvent tenaces et impossibles à déraciner avec les moyens ordinaires.

Aujourd'hui encore, la même distinction subsiste à bon droit; et à côté des angines de poitrine vraies produites par les lésions de l'appareil cardiaque ou aortique sur la nature desquelles nous n'insisterons pas, à côté des angines de poitrine toxiques (tabac, thé, café, alcool, oxyde de carbone), à côté des angines de poitrine accompagnant les grandes diathèses (goutte, rhumatisme, diabète, et quelquefois la syphilis), il y a place pour deux autres sortes d'angines de poitrine d'origine nerveuse ou gastro-myocardique que l'on peut désigner sous le nom de pseudo-angines de poitrine.

M. Landouzy, dans une leçon qu'il a faite à l'hôpital de la Charité et qui est citée par Huchard, exprime la même idée en termes très forts : « A côté de l'angine de poitrine, « dit-il, qui a sa raison d'être immuable dans des lésions « aortiques, à côté de cette angine de poitrine toujours « semblable à elle-même dans son expression symptoma- « tique toujours exposée à reparaître sous l'influence des « mêmes causes occasionnelles, à côté de cette angine de « poitrine toujours menaçante, dont le pronostic ne saura « jamais être trop noirci, combien d'accès d'angine de « poitrine sont si différents dans leur manière d'apparaître « et de disparaître (parfois pour ne plus jamais revenir sur « le même individu, quand bien même réapparaîtraient « les mêmes causes occasionnelles qui avaient condi-

« tionné l'accès) que, pour ressembler à ce premier type
« d'angine de poitrine par l'appareil douloureux et terri-
« fiant, ils en sont aussi différents qu'une attaque épilé-
« ptiforme est différente d'une attaque comitiale. »

L'angine de poitrine vraie est assez rare : rien n'est plus commun que les pseudo-angines. L'une est grave et se termine souvent par la mort, l'autre se guérit toujours quand on peut la reconnaître ; et si parfois on cite des cas d'angine de poitrine inguérissables, quoiqu'aucun signe ne permette de les ranger dans les angines vraies, c'est qu'on n'a pas su les dépister, ni faire le diagnostic différentiel ; et dans ces cas, arrive à propos la suggestion qui peut nous rendre de grands services.

Les pseudo-angines reconnaissent deux grandes origines et présentent deux types principaux qui s'observent :

1° *Chez les nerveux ;*

2° *Chez les sujets atteints de troubles gastriques.*

Voyons maintenant quels sont les caractères que présentent ces manifestations morbides ; ce sera rappeler en même temps leur étiologie et leur diagnostic différentiel.

1° **Angines de poitrine nerveuses**

Nous considérons, et ceci est un point de vue nouveau, qu'il y a deux sortes de pseudo-angines de poitrine auxquelles on pourra donner l'épithète de nerveuses,

toutes deux semblables par leurs manifestations, mais bien différentes au fond.

Dans le premier cas, la manifestation morbide ne repose sur aucune cause sérieuse, il n'y a aucun trouble de l'innervation cardiaque si minime qu'il soit, et le malade a fabriqué son angor de toutes pièces. A cette pseudo-angine nerveuse, nous réservons l'épithète de *pseudo-angine psychique* ; c'est l'esprit de la malade qui est, sinon atteint, du moins le grand coupable ; la patiente souffrira par le fait de son imagination prompte à inventer des souffrances qu'elle n'éprouve en réalité pas et qui ne sont que les produits d'un nervo-sisme exagéré. C'est dans cette catégorie que nous rangerions volontiers les pseudo-angines, qualifiées d'hystériques.

Dans le second cas, il y aura une base plus sérieuse, et dans cette catégorie que nous appellerons les *pseudo-angines nerveuses proprement dites*, le point de départ de l'évolution des phénomènes sera, soit un petit noyau superficiel de névrite, soit des manifestations névralgiques locales, entièrement analogues aux accès de névralgie faciale, ou de névralgie sciatique. En tout cas, l'innervation profonde du cœur ne sera pas touchée.

Que ces manifestations morbides entrent dans la première ou la seconde catégorie, elles sont identiques en tous points, ne diffèrent en somme que dans leur point de départ. Aussi les confondrons-nous dans la même description.

La pseudo-angine de poitrine des névropathes s'observe à tous les âges et bien souvent, le plus souvent même, on la rencontre de 20 à 30 ans. L'angine de poitrine vraie au contraire se montre rarement dans le jeune

âge, elle n'apparaît guère que vers 40 ans et par la raison bien simple que c'est vers cet âge que s'organisent d'ordinaire les lésions artérielles, cause la plus habituelle des angines de poitrine vraies.

La prédominance de l'état nerveux chez la femme fait pressentir de suite que l'on trouvera plus fréquemment la pseudo-angine nerveuse chez elle que chez l'homme.

L'angine de poitrine vraie au contraire se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme (John Forbes sur 88 malades : 80 hommes et 8 femmes).

Ces accès se présentent le plus souvent de la même façon que dans l'angine vraie. Ce sont les mêmes sensations d'étouffement, les mêmes douleurs précordiales, les mêmes irradiations douloureuses. Nous n'entrons pas dans le détail de la description, car ceci se trouve relaté tout au long dans les auteurs qui se sont occupés de l'angine vraie. Nous ferons observer, pourtant, que la plupart du temps les symptômes varient d'intensité d'un jour à l'autre, et présentent plus de variété : un jour l'accès sera très violent, le lendemain un peu moins pour reprendre ensuite plus fortement encore. De plus, les symptômes n'apparaissent pas toujours dans le même ordre, leur mobilité même fait que les malades ne traduisent pas toujours leurs sensations de la même façon, tandis que, dans l'angine vraie, l'intensité des phénomènes morbides fait que les malades souffrent toujours de la même manière.

Les accès sont remarquables par leur fréquence et leur apparition souvent périodique. Ils peuvent se reproduire tous les jours, plusieurs fois par jour. Dans quelques cas, on croirait avoir affaire à un véritable état angineux

suivant l'expression de M. Huchard. Les attaques sont alors subintrantes, imbriquées (Trousseau). Par contre, un repos de plusieurs semaines, de plusieurs mois, de nombreuses années, a fait suite à des accès répétés et multipliés de la façon la plus effrayante, Il y a des crises d'accès alternant avec des périodes de calme absolu. Les accès nocturnes sont aussi fréquents que les accès diurnes, sinon davantage ; ils sont souvent plus violents ; ils surviennent dans les premières heures du sommeil. Les accès diurnes éclatent de préférence peu de temps après le déjeuner et le dîner ; leur périodicité tient alors à la périodicité même du repas.

Les accès ont souvent une durée assez longue. Toutefois, la durée est variable comme toutes les manifestations de cette affection. Elle est comprise entre quelques minutes et plusieurs heures. M. Landouzy en a signalé d'une minute. Dans une observation de M. Huchard, les crises duraient de six à sept heures. Bouchut (*Revue médicale*, 1841) parle d'une crise de douze heures. La malade, que le docteur Bernheim observa et guérit, avait des crises dont la durée dépassait deux heures. Le plus souvent, au bout d'une demi-heure, tout est terminé.

Les accès sont rarement provoqués par des causes toujours identiques (fatigue, marche, effort) ainsi que dans l'angine de poitrine vraie. Comme toutes les manifestations de la névropathie et de l'hystérie, les causes les plus minimales peuvent les provoquer. Au commencement, ce sera une violente émotion, une contrariété vive, un choc moral intense, une grande frayeur ; bientôt, l'accoutumance se produisant, les causes les plus futiles peuvent

déterminer les accès ; ajoutons du reste que les accès sont très souvent spontanés.

Les symptômes de cette forme d'angine sont changeants et divers ; on ne saurait en faire une description typique, tellement ils se ressemblent peu ; la description serait confuse, sinon impossible à tracer.

Dans son aspect le plus réduit, l'accès angineux est caractérisé par une douleur précordiale, vive, angoissante, avec sensation de mort prochaine, la respiration et la circulation conservant leur fréquence et leur rythme habituels. Assez souvent la douleur est précédée ou accompagnée de refroidissement général ou limité à un côté du corps.

Tantôt une perte de connaissance complète ou un léger état syncopal, signale le début de la crise ; tantôt la syncope constitue le dénouement, une accélération des battements du cœur ayant ouvert la scène.

Le plus habituellement, la douleur existe à la partie moyenne de la région cardiaque ; elle consiste dans une sensation de plénitude, de tension du cœur ; « le cœur est trop gros, je sens que mon cœur va éclater », disent les malades. Plus rarement, c'est une barre entre les mamelons avec sensation d'anéantissement général. Une malade de M. Huchard ne voulait pas essayer de dépeindre ce qu'elle éprouvait, « la chose serait impossible », disait-elle. La patiente sent la mort imminente, elle s'en va.

A la douleur angoissante se joint fréquemment un refroidissement général s'accompagnant parfois de vertiges, de nausées, de frissons, d'un tremblement violent du corps avec claquement des dents, de sueurs froides

généralisées. La face est pâle et d'autrefois bleuâtre presque livide, rarement rouge.

Dans l'angine nerveuse, la respiration souvent régulière et normale, subit parfois des changements notables, mais qui n'ont pas un rôle prédominant dans la crise. Ces modifications de la respiration qui ne s'observent guère dans la maladie de Rougnon-Héberden peuvent affecter une intensité variable : accélération marquée des mouvements respiratoires, qui deviennent en même temps plus superficiels ; respiration sifflante ; anhélation, respiration précipitée, singultueuse, entrecoupée, ralentissement progressif, arrêt complet durant quelques secondes ; enfin on a noté de la dyspnée véritable.

Dans l'angine de poitrine vraie, l'attaque est parfois accompagnée ou suivie de troubles vaso-moteurs qui sont la conséquence de l'intensité des douleurs (pâleur de la face, refroidissement des extrémités, état syncopal). Dans l'angine fausse, ces troubles vaso-moteurs, au lieu d'être la conséquence, sont assez souvent la cause des accidents angineux ; ils les précèdent au lieu de les suivre. Le refroidissement et la cyanose des extrémités, l'abaissement de la température, la faiblesse du pouls radial, l'augmentation parfois considérable de la tension artérielle, l'existence de palpitations etc., procèdent de la contracture spasmodique des vaisseaux périphériques et expliquent pour leur part la sensation de distension, de dilatation du cœur qu'éprouvent les malades (Huchard).

Dans l'intervalle des accès, il existe un état de santé relatif ; chez les personnes très nerveuses on peut pendant ce temps observer encore des palpitations. Mais dans la

majorité des cas, il n'y a aucun trouble cardiaque, et les malades peuvent marcher, courir, faire un effort sans provoquer les accès, ce que ne pourraient pas faire évidemment les malades porteurs d'une angine vraie.

La pseudo-angine de poitrine nerveuse peut être, par exception, la première manifestation d'un état névropathique naissant. Mais, dans la plupart des cas, elle alterne avec d'autres manifestations du nervosisme, avec des troubles plus ou moins variés de la sensibilité et de la motilité, cédant la place à d'autres accidents nerveux et disparaissant pour ne plus jamais reparaitre, après s'être traduite d'une façon désespérante, en apparence, par des accès douloureux répétés tous les jours ou même plusieurs fois par jour. D'autres fois, au contraire, l'accès peut être unique et ne plus jamais se représenter.

Ce qu'on trouve très souvent dans la pseudo-angine de poitrine nerveuse et ce qui est très rare chez les angineux vrais, c'est le nombre, la variété, l'imprévu des expansions douloureuses et spasmodiques périphériques, les troubles de calorification avec phénomène du doigt mort, la différence entre les deux pouls radiaux, et même la disparition de la diastole artérielle du côté gauche, tandis que le pouls droit est normal, la fréquence de la syncope, les crises poussées par les malades, une agitation en tous sens ; en un mot, une mise en scène des plus tapageuses et des plus terribles en apparence, où il y a plus de bruit que de mal. C'est de cette angine, dit M. Huchard, que l'on peut dire : « beaucoup de bruit pour rien ».

Comme on l'a déjà pressenti, c'est surtout chez les hystériques que l'on rencontrera cet état morbide, les crises

alternant avec d'autres manifestations hystériques. Dans quelques cas très peu nombreux, l'accès angineux constitue le seul indice ou le premier indice d'une hystérie qui va éclore.

Les simples névropathes peuvent être sujets à des crises d'angine ainsi que les neurasthéniques, chez qui l'imagination est prompte et fabrique aisément, à propos d'un léger malaise, des douleurs qui n'existent pas et inventent des maladies qui ne sont que dans leur cerveau impressionné par la lecture de livres de médecine ou par des paroles imprudentes d'un médecin alarmiste. Nous verrons bientôt dans le prochain chapitre quel aide nous apportera la suggestion pour éclairer ces cas souvent difficiles à déchiffrer.

2° Pseudo-angine de poitrine d'origine gastrique

L'estomac et le cœur sont reliés par des rapports si étroits, que les souffrances de l'un retentissent presque toujours sur l'autre par voie sympathique. On sait combien les dyspeptiques sont sujets aux palpitations. Leared a signalé des accès d'épigastralgie symptomatiques de lésions aortiques ; il a même rapporté 8 cas de mort subite alors que les malades considérés comme de simples dyspeptiques semblaient bien éloignés d'une fin si rapide.

Les accidents cardiaques consécutifs aux affections gastriques présentent une grande variété d'allure ; ce sont tantôt de simples perturbations dans la fréquence, l'inten-

sité ou la régularité des battements du cœur, tantôt des phénomènes ressemblant à ceux de l'angor pectoris et donnant lieu à la pseudo-angine de poitrine gastralgique.

La pseudo-angine de poitrine qui accompagne la dilatation cardiaque d'origine gastrique s'attaque à tous les âges (on ne l'a cependant pas observée souvent dans l'enfance), et indifféremment aux deux sexes.

L'accès est moins violent que dans la véritable angine de poitrine et présente souvent une durée plus longue ; la douleur se localise au devant du cœur ; la sensation est celle de la plénitude plutôt que de la constriction ou de l'étreinte ; enfin, il y a plutôt anhélation que dyspnée.

Pendant la durée de l'accès, les battements du cœur ne sont pas toujours ralentis, parfois ils se précipitent, tout en restant faiblement frappés ; enfin, l'exploration directe fait constater les signes d'une dilatation du cœur droit, ou encore l'absence totale de phénomènes stéthoscopiques anormaux, ou encore l'existence de souffles organiques ; mais alors à côté des lésions stomacales, il y a une lésion cardiaque.

L'accès survient surtout après les repas. Chez les individus qui ont de l'angine vraie, le repas peut être une cause occasionnelle de crise mais au même titre que la montée d'un escalier ou d'une émotion vive. La pseudo-angine de poitrine d'origine stomacale ne reconnaît qu'une cause unique, la dilatation du cœur droit, conséquence d'un état dyspeptique (Potain). On observe l'augmentation de la matité cardiaque dans le sens transversal, l'existence d'un bruit de galop du cœur droit et d'une insuffisance tricuspidiennne.

Enfin, dans les attaques de pseudo-angine de poitrine d'origine gastrique, même la plus redoutable, la guérison est la règle et la mort est extrêmement rare.

III

Rôle de la suggestion comme moyen de diagnostic et de thérapeutique

Nous avons vu dans le chapitre précédent, les caractères cliniques qui peuvent différencier les pseudo-angines des angines vraies. Pour les cas simples, quand, par exemple, des troubles hystériques ou névropathiques ont apparu longtemps avant, quand les troubles stomacaux ont fait sentir leur influence sur le sujet qui en est porteur, la différenciation est facile, et on mettra sûrement l'étiquette juste à la maladie que l'on observe.

Mais il en est loin d'en être toujours ainsi : On n'a observé parfois auparavant, qu'un état légèrement nerveux, quelques malaises presque inappréciables et voici qu'une crise d'angor pectoris vient à éclater. Comment reconnâitrons-nous la nature de l'affection, pour laquelle on nous a demandé nos soins ?

Nous nous proposons de montrer que nous avons sous la main un moyen de diagnostic précieux, moyen négligé par la plupart des médecins qui n'en connaissent la nature que par oui-dire et le condamnent souvent par parti-pris sans en avoir pris connaissance et même sans en avoir voulu apprécier les résultats.

Nous parlons de la suggestion qui, maniée par un médecin expérimenté, peut rendre les plus grands services et sauver des malades qu'on croyait condamnés.

« La suggestion, dit M. le professeur Bernheim, est
« vieille comme le monde ; elle a été pratiquée de tous, soit
« inconsciemment soit sciemment, enveloppée dans des
« pratiques religieuses, mystiques, thaumaturgiques ou
« même masquée par les procédés divers de la thérapeu-
« tique usuelle.

« Ce qui est nouveau et appartient à l'Ecole de Nancy,
« c'est d'abord l'application systématique et raisonnée de
« la suggestion au traitement des malades, et, pouvons-
« nous ajouter, au diagnostic de certaines affections. »

« La suggestion, ajoute-t-il plus loin, est l'acte par
« lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée
« par lui. »

Demandons-nous comment la suggestion ainsi définie peut nous servir de fil conducteur dans la recherche de la vraie nature d'une angine de poitrine pour laquelle nous devons donner notre avis.

Le cerveau reçoit une idée, il l'accepte, il la fait sienne. Si donc, en face d'un malade, sujet à des accès angineux, après avoir constaté qu'aucun signe des angines vraies ne vient manifester sa présence, que le cœur bat normalement, qu'il n'y a point de bruit de souffle, que les artères sont saines, en un mot que le système cardio-artériel est intact, et que l'idée d'une pseudo-angine de poitrine est venue à l'esprit, si donc, disons-nous, en présence d'un malade de ce genre, par une suggestion douce et lentement persuasive, nous arrivons à acquérir de l'influence

sur lui, si par notre affirmation que les phénomènes angineux dont il souffre vont s'amender, nous voyons la maladie prendre un autre cours, les accès, qui étaient fréquents, s'espacer de plus en plus, la douleur diminuer chaque fois, le bien-être revenir, nous pourrions affirmer avec certitude que nous avons affaire à une pseudo-angine et, ce qui est plus précieux, nous serons sûrs de guérir le malade.

Pour montrer comment on procède à cette suggestion et en même temps pour mettre sous les yeux de ceux qui liront cette thèse, les résultats merveilleux qu'on peut attendre de cette méthode, nous allons rapporter en entier l'observation de la malade que nous avons suivie pendant toute l'évolution de sa maladie, avant, pendant et après qu'elle fut traitée par M. le professeur Bernheim.

OBSERVATION I

Hypnotisme. — Suggestion. — Psychothérapie (BERNHEIM, 1891).

OBSERVATION XXVII. — *Hypéresthésie circonscrite en un point de la région précordiale. — Pseudo-angine de poitrine. — Crise respiratoire et cardiaque. — Affaiblissement progressif. — Insuccès de toutes les médications instituées depuis trois ans. — Apparence de mort prochaine. — Guérison par suggestion.*

M..., âgée de vingt-six ans en janvier 1889, est née de parents bien portants; elle-même est d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-nerveux, sans maladies antérieures. — Réglée à douze ans régulièrement, mariée à dix-sept ans, mère à dix-huit ans, elle nourrit elle-même son enfant. A vingt et un ans, elle eut un second enfant

qu'elle nourrit pendant dix mois. Cet allaitement amena un certain degré d'épuisement. Peu de temps après surviennent des troubles menstruels pendant plusieurs mois.

Vers cette époque (janvier 1886), cette jeune femme eut plusieurs émotions extrêmement vives à la suite d'accidents survenus aux enfants. Au mois d'avril 1886, alors âgée de vingt-trois ans, elle fut prise subitement sans cause appréciable pendant une promenade, d'une grande faiblesse, avec un sentiment de douleur, d'étouffement et d'anxiété à la région précordiale qui ne lui permit plus de marcher.

Après quelques heures de repos, la malade reprit son état habituel ; mais, à partir de ce moment elle accuse constamment une gêne, parfois une douleur vive limitée au même point, vers le quatrième espace intercostal de la région précordiale, douleur l'empêchant de se relever.

Au mois de mai de la même année, elle fut prise d'une seconde crise, beaucoup plus intense que la première, caractérisée par un sentiment extrêmement pénible d'étouffement, d'angoisse semblable, écrit son mari, à une crise d'angine de poitrine qui dura plus d'une heure, le pouls était petit et fréquent : à peine pouvait-on le compter, la respiration était accélérée et spasmodique ; le visage, pâle, exprimait une angoisse mortelle ; la malade croyait étouffer à chaque instant.

A la suite de cette crise, engourdissement considérable dans le bras gauche, au point qu'elle ne pouvait plus le remuer, accompagné d'une douleur s'irradiant tout le long du nerf cubital, principalement dans le petit doigt et l'annulaire. Au cinquième espace intercostal, sur la ligne mamillaire, existait, d'une façon constante, un point douloureux, de l'étendue d'une pièce de deux francs, qui ne pouvait supporter, sans faire pousser des cris, le moindre attouchement.

Pendant cette période, survenaient souvent, sans cause appréciable, des vomissements. Des crises semblables se renouvelaient chaque vingt ou trente jours environ sans régularité.

La malade vint me consulter à cette époque. Après un examen détaillé, je conclus qu'il n'y avait aucune lésion organique et qu'il s'agissait d'une simple névrose, d'une pseudo-angine de poitrine nerveuse. Je fis une tentative d'hypnotisation, mais la malade, dominée

par des sensations douloureuses et peu confiante, ne se laissa pas aller à la suggestion qui échoua. Son mari n'ayant jamais constaté de symptômes hystériques, ne pouvait croire à une simple névrose et inclinait vers l'idée d'une angine de poitrine organique. Je prescrivis l'iodure de potassium, les inhalations de nitrite d'Amyle, les pulvérisations d'éther sur la région douloureuse. Ce traitement resta inefficace,

Au mois de mai de la seconde année, c'est-à-dire dix mois environ après le début de la maladie, cette jeune femme devint de nouveau enceinte. Pendant les quatre premiers mois, les vomissements étaient extrêmement fréquents ; la douleur précordiale était plus vive ; il ne se passait guère de jour sans crise ; mais à mesure que la fréquence augmentait, l'intensité diminuait. La malade ne quittait plus le lit. Au mois de juillet, vers le cinquième mois de la grossesse, une amélioration notable se produisit qui dura près de deux mois. En septembre, les crises reparurent toujours plus fréquentes jusqu'au moment de l'accouchement qui eut lieu au commencement de décembre sans accident. Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'accouchement la malade n'eut ni douleur ni crise ; la faiblesse était trop grande pour songer à l'allaitement. Après cette courte éclaircie, les douleurs et les crises reparurent comme avant.

Au mois de mai 1888, la malade consulta à Paris plusieurs professeurs qui furent unanimes à défendre l'hydrothérapie dont il était question alors : l'un croyait à une affection rhumatismale du cœur, l'autre à une myocardite, à cause de la douleur très vive siégeant au niveau du cinquième espace intercostal. Le traitement par la valériane, qui fut conseillé, n'amena aucun résultat. La situation resta la même jusqu'au 15 août. Il fallut recourir aux injections de morphine.

Le 15 août se déclara un violent frisson extrêmement douloureux qui dura une heure suivi de chaleur et de sueurs abondantes ; la température monta jusqu'à 41°. Trois semaines plus tard, second frisson. Dans l'intervalle, la température revint à la normale. Un troisième frisson suivit bientôt, puis un quatrième. A partir du mois d'octobre, la température ne descend plus au-dessous de 38° ; l'appétit disparaît ; l'amaigrissement fait des progrès ; les frissons se renouvellent chaque

deux ou trois jours sans régularité. Cet état se continue en novembre. Les crises prennent un nouveau caractère. A la douleur d'une acuité excessive, à la respiration spasmodique et accélérée, à la fréquence et à la faiblesse extrême du pouls, s'ajoutent des troubles cérébraux : la malade enlève ses oreillers, exécute des mouvements avec ses mains, comme pour arracher la douleur qui l'étreint au cœur ; la dyspnée devient extraordinaire ; les muscles du cou se contractent énergiquement et se gonflent ; la face pâle est couverte de sueurs froides. La malade, qui ne perd pas connaissance, ne voit plus et n'entend plus. Cela dure plusieurs heures.

Dans les derniers jours de novembre et dans les premiers de décembre, les crises se répètent avec une violence progressive et une durée plus longue qui va jusqu'à cinq heures.

A partir de ce moment, l'état général s'aggrave, la fièvre, les sueurs sont permanentes ; la malade ne mange plus, n'a plus de sommeil, ne peut plus faire le moindre mouvement sans provoquer aussitôt une vive douleur au niveau du cœur. L'amaigrissement et l'anémie font des progrès rapides. Tout espoir semble perdu aux deux médecins qui la soignent.

Pendant les trois années qu'a duré cette maladie, tous les traitements internes, antispasmodiques, tous les anti-névralgiques, les révulsifs, l'électrisation à courant continu ont été employés sans résultat. Les injections de morphine pouvaient seules atténuer les crises. Peu à peu la malade en prit l'habitude et il fallut en augmenter le nombre. On se servit d'une solution très faible, un gramme pour 125 gr. d'eau et il fallut faire pendant près de deux ans au moins dix injections par jour.

Au mois d'août 1888, la morphine fut remplacée par la cocaïne qui sembla d'abord donner de meilleurs résultats contre les douleurs et les étouffements. La malade en prit vite l'habitude ; le mari diminua la force de la solution à mesure que la malade réclamait des injections de plus en plus nombreuses. Dans les derniers mois, la solution employée était de 1 gramme sur 200 ; mais il dut rester constamment au chevet de sa malade et faire 30 injections (seringue complète) par jour, c'est-à-dire 15 centigr. de cocaïne par jour.

La malade revint me voir vers le 27 novembre ; elle entra au pen-

sionnat de l'hôpital civil, elle était pâle, anémique, maigre ; sa température était de 38°5, le pouls à 90. La région précordiale gauche était criblée par les injections de cocaine au point que le sein ratatiné et induré ressemblait à un squirrhe atrophique.

La douleur à la pression du cinquième espace intercostal était excessive ; c'était un gémissement continu. J'assiste à une crise avec mon collègue, le docteur Vautrin, qui était à l'hôpital et qui avait été appelé en toute hâte.

Le spectacle était effrayant. La respiration était courte, fréquente, suspirieuse, spasmodique, régulière, comptant plus de 100 par minute, la face horriblement pâle et anxieuse ; le pouls devint de plus en plus fréquent et faible, plus de 150 par minute, la douleur intolérable. Je fus convaincu qu'il ne s'agissait que d'une névrose locale, avis qui fut partagé par mon collègue, M. Vautrin. Il n'y avait aucune sibillance trachéale, aucun râle pulmonaire ; sa face restait pâle, mais non asphyctique comme dans l'asthme.

La fréquence extrême et la régularité de la respiration indiquaient un état spasmodique nerveux. J'essayai d'arrêter la crise, comme je le fais d'habitude pour les crises d'hystérie, en suggérant vivement à la malade que tout allait se passer, que c'était purement nerveux, que la douleur se dissipait, que la respiration devenait plus lente, plus calme ; j'essayai de brusquer la malade. Rien n'y fit ; la crise continua, inexorable. Au bout de deux heures environ, la malade, tout d'un coup, exprima une terreur singulière et dit avec anxiété : « Quel silence, je n'entends plus rien ! » C'était plus que de la surdité, c'était comme le silence de la mort. Puis, après quelques minutes : « Je ne vois plus rien, quelle obscurité ! » C'était plus que de la cécité, c'était une impression de noir lugubre qui s'associait à ce silence solennel.

Cet état avec pouls et respiration accélérés dura encore plus de deux heures. Puis la crise cessa brusquement après quatre à cinq heures de durée. La douleur précordiale seule persistait. Le mari était obligé d'injecter, tous les quarts d'heure au moins, une seringue de cocaine.

Une seconde crise semblable se déclara dans la soirée. Le lendemain, la malade voulut rentrer chez elle ; elle n'avait aucune confiance

dans le traitement. Ma tentative brusque pour arrêter la crise l'avait indisposée contre moi.

En se rendant à la gare le lendemain, elle fut prise en route d'un nouvel accès qui dura cinq heures ; elle dut encore passer une nuit dans un hôtel près de la gare. M. Vautrin qui la revit, la dissuada de partir, lui affirmant que je la guérirais. Elle partit impressionnée par ces paroles, et promit de revenir.

Elle revint en effet à Nancy, le 18 janvier. Elle était profondément déprimée physiquement et moralement, minée par la fièvre et la douleur, allant vers une mort certaine. Les crises avaient continué une ou deux fois par jour. Elle ne mangeait presque plus. Son mari s'attendait à une mort prochaine. Depuis dix-huit mois, la malade n'avait presque pas marché, le moindre mouvement exaspérant sa douleur.

Je procédai par insinuation douce pour effacer l'impression première que ma brusquerie lui avait causée. Je lui affirmai que son affection était purement nerveuse et pouvait guérir par la suggestion. Je tâchai de la capter pour ainsi dire, et d'éloigner d'elle toute peur et toute émotion ; je la traitai comme un enfant en lui disant : « Maintenant, écoutez moi, vous allez vous endormir tout doucement. » Je tins ses yeux clos quelques instants et elle s'endormit, en effet, d'un sommeil profond. Alors j'affirmai, avec conviction, la disparition des douleurs, des crises, etc. Au bout d'un quart d'heure de suggestion continue, je l'éveillai, elle n'avait pas conservé le souvenir, et je lui dis immédiatement : « Vous voyez bien que la douleur est partie, vous ne sentez plus rien, vous n'avez plus de crises. » Elle ne ressentait plus de douleur ; je touchai avec une certaine précaution la zone douloureuse pour lui démontrer que la douleur n'existait plus, en évitant toutefois de la réveiller par une pression trop forte. Dans la soirée, nouvelle séance. Je continuai ainsi tous les jours, pendant quatre semaines. Dès la première séance, les crises de douleur avec étouffements avaient définitivement disparu sans tendance au retour. La douleur continue de la région précordiale aussi n'existait plus. Pendant les huit premiers jours, il y eut encore quelques élancements passagers, la malade portait la main sur la région et avait un moment d'anxiété, mais cela n'aboutissait pas. Je lui affirmai que cela ne pouvait pas aboutir, je lui montrai que l'ap-

plication de ma main à l'état de veille suffisait à enlever toute sensibilité douloureuse. J'apprends à son mari à l'endormir à la moindre velléité de retour offensif.

La malade était guérie, mais l'habitude de la cocaïne persistait. Elle réclamait encore une ou deux injections pendant la nuit pour dormir. Je luttai pendant quinze jours par la suggestion contre cette cocaïnomanie, je lui affirmais que la guérison complète ne se ferait pas tant qu'elle n'y renoncerait pas. Enfin, après une longue résistance, elle finit par dire à son mari d'emporter la seringue, elle n'en voulait plus. Deux ou trois semaines environ après le début du traitement, elle ne parla plus jamais de la cocaïne. Douleurs et crises étaient guéries définitivement, mais la malade restait anémiée, l'appétit était faible, le pouls était fréquent de 90 à 110, la température toujours fébrile, de 38 à 39°. Je l'examinai avec soin et je découvris que le bras était couvert d'abcès consécutifs aux injections. J'en ouvris huit à dix qui furent pansés, la fièvre avait disparu, l'appétit se restaura.

La malade put se promener seule en ville dès le troisième septénaire; elle resta encore une quinzaine au pensionnat de l'hôpital et partit chez elle en mars 1889, heureuse, radicalement et définitivement guérie, à la grande surprise de sa famille et du médecin qui l'avait traitée.

Je l'ai revue à plusieurs reprises, la guérison ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour.

C'est le cas de dire, ajoute le professeur Bernheim, *naturam morborum ostendunt curationes*. En résumé, une jeune femme est prise d'une douleur aiguë, vive et continue à la région précordiale; des crises successivement violentes de névrose respiratoire et cardiaque se greffent sur cette douleur. Toutes les médications échouent. La santé générale s'altère. Un dénouement fatal semble certain. La suggestion hypnotique seule a enlevé douleurs et crises dès la première séance et achève la guérison en trois ou quatre semaines. Ce que la suggestion a fait après

trois ans de souffrances continues et indescriptibles, elle aurait pu le faire dès le début, si la malade s'y était prêtée, car, sans aucun doute, avec un peu de persévérance et de tact, on aurait alors trouvé, comme plus tard, la fibre suggestible de son individualité psychique.

Est-il besoin d'autres commentaires ?

Ceci était écrit en 1891. La guérison s'est maintenue depuis intégrale, sans qu'on ait eu besoin de recourir de nouveau à la suggestion.

La lecture de cette observation est tout un enseignement. Nous assistons à la genèse de l'affection, nous en suivons tous les progrès, nous en constatons l'effroyable intensité ; nous constatons en même temps la grande difficulté de diagnostic différentiel et l'inutilité des traitements successifs qui furent conseillés ; enfin, chose surprenante, la suggestion d'abord refusée par la malade, acceptée ensuite, mais échouant une première fois, remportant ensuite une victoire complète et rendant à la vie normale une martyre de 3 ans, en confirmant le diagnostic posé par le docteur Bernheim, de pseudo-angine de poitrine nerveuse.

Et cependant, comment songer dans ce cas à un angor de cette nature ? La jeune femme qui a fourni le sujet de cette observation n'avait jamais présenté la moindre tare nerveuse, ni dans ses antécédents, ni dans sa personnalité.

Les symptômes de l'affection évoluaient comme ceux d'une angine de poitrine classique, consécutive à des

lésions de l'appareil cardio-artériel. Rien n'y manquait : douleur et anxiété précordiale, crises d'étouffement, douleurs irradiées dans le bras gauche et en particulier dans la sphère du nerf cubital, etc.

La suggestion seule, ayant pu faire disparaître définitivement ces symptômes, a montré la nature de la maladie.

Examinons un peu comment est née cette pseudo-angine si heureusement guérie et demandons-nous, puisque nous en connaissons maintenant si parfaitement la nature, de quels éléments elle s'était formée. Nous espérons ainsi mettre en lumière un point nouveau de l'*étiologie* de ces pseudo-angines.

Un jour, pendant une promenade, la malade, qui était dans un léger état de nervosisme à la suite d'émotions vives éprouvées quelque temps auparavant, eut une sensation subite de douleur, d'étouffement et d'anxiété à la région précordiale qui ne lui permit plus de marcher.

Qu'y a-t-il de plus commun que ces douleurs précordiales survenant à la suite d'un trouble passager de l'appareil nerveux, cardiaque ou pulmonaire, trouble le plus souvent réflexe et consécutif à une névralgie diaphragmatique, avec ses irradiations fréquentes au cou, à l'épaule et au bras, à une névralgie intercostale gauche ? Peut-être l'affection naissante de notre malade était-elle due à une de ces causes, ou, comme M. le professeur Bernheim le supposait, à un noyau de névrite bien circonscrit, autour duquel étaient venus se greffer ces symptômes douloureux qui avaient rendu la vie impossible à notre malade. Mais nous croyons que la répétition des

symptômes alarmants, symptômes dont l'intensité avait été accrue par un état de nervosisme tout particulier, ont pu déterminer chez cette malade une préoccupation de plus en plus vive qui arriva à amener dans son esprit l'idée ferme qu'elle avait une affection cardiaque incurable. De plus, à ce moment, des maîtres illustres furent consultés à Paris : les professeurs Peter et Potain, devant l'intensité des phénomènes angineux, n'hésitèrent pas à les attribuer à un trouble organique du cœur. Le professeur Peter prononçait le mot de myocardite, car la malade éprouvait une douleur violente chaque fois qu'il posait son doigt au centre de la région précordiale. Le professeur Potain penchait plutôt pour un rhumatisme cardiaque. Ces consultations répétées, l'appareil solennel qui les avait entourées, la longueur du voyage fait pour prendre l'avis de ces maîtres avaient impressionné vivement notre malade ; et devant le découragement manifesté par son entourage elle conclut tout de suite que c'était une affaire sérieuse, et à partir de ce moment, les symptômes vont s'accroissant, les crises se rapprochent. La suggestion médicale avait fait son œuvre et le mal était presque irréparable.

Nous ignorions alors la puissance de la suggestion, suggestion inconsciente qui se fait à chaque minute de la vie.

Ensuite nous avons été confirmés dans notre manière de voir par maints exemples que nous avons pu observer à la clinique du professeur Bernheim. Nous nous souvenons entre autres d'une malade dont on ne prit pas l'observation (elle ne resta que 48 heures à l'hôpital), qui,

à côté d'un état mental particulier contre lequel la suggestion ne pouvait rien, présentait incidemment des crises de soi-disant angine de poitrine. L'œil anxieux, tout son être paraissait concentré sur son cœur. Avec une grande volubilité, elle décrivait complaisamment les symptômes qu'elle éprouvait ; tout y était au complet. M. Bernheim, mis en éveil par l'état mental particulier de cette femme qui avait un peu de délire de la persécution, ausculte, percute et ne constate aucun trouble. Par une suggestion douce, il capte la confiance de cette malade, et par un interrogatoire habilement conduit, il déroule devant nous l'histoire de la maladie. — J'ai une angine de poitrine, déclare la malade, et je souffre horriblement (suivait ici l'énumération des symptômes habituels). — Mais je n'entends rien, répondait M. Bernheim. — Mais si, insiste la malade ; j'ai le cœur qui bat à se briser, j'étouffe. — Le cœur battait normalement. — Qui est-ce qui vous a dit que vous aviez une angine de poitrine ? — Mais c'est mon médecin, le docteur X..., il s'y connaît. — Et nous apprenons que la malade n'éprouvait auparavant que des palpitations dont elle avait probablement exagéré l'intensité en les décrivant à son médecin ; et celui-ci, suggestionné lui-même, avait pensé au syndrome : angine de poitrine. M. Bernheim dirige son interrogatoire dans ce sens, et la malade complaisante acquiesce ; on lui demande si elle est oppressée, elle dit oui ; si elle souffre au cœur, elle dit oui ; si elle a des irradiations douloureuses, elle dit oui, toujours oui, et voilà l'angine de poitrine fabriquée.

L'amélioration de l'état de la malade après une ou deux séances de suggestion confirma la manière de voir de

notre maître. Elle cessa de se plaindre : palpitations imaginaires, douleurs, irradiations, tout disparut. On ne put la suivre, elle quitta l'hôpital, car elle y avait été amenée par ses enfants, pour qu'on remédiât à son état mental. Or les aliénés ne sont pas curables par la suggestion. On la renvoya et on la perdit de vue. Il est probable que la force et la persistance de l'auto-suggestion ont ramené chez elle ces crises cardiaques momentanément disparues.

Ce que nous disons de l'angine de poitrine, on pourrait le répéter dans bien des circonstances pour beaucoup d'affections qui naissent chez des nerveuses invétérées ou même chez des sujets simplement impressionnables. Si ce n'était sortir du cadre que nous nous sommes tracé, nous aimerions montrer combien souvent la suggestion médicale est intervenue pour transformer en maladies parfois indéracinables, de simples malaises ou des troubles passagers du système nerveux.

Nous laissons ce soin à d'autres, disposant de plus de temps, et nous nous bornerons à recommander au médecin appelé à soigner des accidents cardiaques, d'apporter une extrême réserve dans ses appréciations et de se garder surtout de prononcer le mot angine de poitrine devant des personnes nerveuses et intelligentes dont la nervosité mise en éveil par ces mots tombés de la bouche du praticien en qui elles ont confiance, veut tout connaître pour leur malheur.

Comment doit être faite la suggestion ? L'observation que nous avons citée tout au long, est féconde en enseignements à ce sujet. D'abord, la première fois que la suggestion est essayée, la malade sous le coup d'une profonde

douleur, refuse la suggestion et ne prête aucune attention aux paroles du médecin. Ce phénomène se présente assez souvent. Les souffrances physiques réelles ou imaginaires, éprouvées par les malades au moment où on est appelé près d'eux, sont si grandes qu'elles captivent entièrement leur esprit. Ils ne pensent qu'à une chose, à leur douleur, et tout ce qu'on leur dit glisse sur le cerveau sans y produire le moindre ébranlement. Habitué à la souffrance, ayant, comme dans le cas présent, vu toutes les médications employées échouer l'une après l'autre, ces sujets n'accueillent le médecin qu'avec un sentiment de défiance, persuadés à l'avance que tout ce qu'on fera, ne servira à rien, que leur affection est tout bonnement incurable. D'autres fois, au contraire, mais ceci est moins fréquent, les malades de cette catégorie, affaiblis par la souffrance, acceptent la suggestion incapables de résister et dociles parce qu'ils espèrent. Et si on a une certaine expérience on obtient un prompt résultat. Si vous n'avez pu réussir une première fois, ne vous découragez pas ; n'abandonnez pas le malade, affirmez-lui qu'une certaine amélioration va se produire et n'insistez plus. Peut-être quelques jours après, réussirez-vous mieux.

« La suggestion, dit le professeur Bernheim, doit être
« adaptée à chaque individualité. L'injonction vigoureuse
« faite d'un ton de commandement, même avec menace,
« convient à quelques natures rebelles et rudes. Cepen-
« dant, la brusquerie, ajoute-t-il plus loin, ne convient
« pas à la plupart des névropathes ; l'insinuation douce
« réussit d'ordinaire mieux. La peur, l'intimidation, les
« émotions fortes peuvent agir comme contre-sugges-
« tion. »

Et de fait, c'est ce que nous avons pu observer avec lui dans le cas qui nous occupe. Voyant qu'une première suggestion avait échoué et voulant hâter la captation de l'esprit de la patiente, notre maître fit une suggestion brusque essayant de couper court à une crise.

Cette intervention brusque eut le don d'effrayer la malade qui se montra rebelle et ce ne fut que plus tard par une suggestion doucement persuasive qu'il put prendre un empire assez grand pour calmer par sa parole ces terribles accès.

Donc, pour chaque nature, il y aura un procédé de suggestion. Et pour savoir lequel employer, il faut auparavant faire une enquête approfondie des antécédents et du caractère du malade, il faut en quelque sorte en débrouiller la psychologie et pour cela un entourage intelligent sera d'un grand secours. Avant donc d'essayer la suggestion, étudiez votre malade, tâchez de capter sa confiance et vous réussirez certainement.

Hâtons nous d'ajouter que la suggestion peut revêtir différentes formes. Ce ne sera pas toujours la parole d'un médecin qui viendra apporter le calme dans un organisme malade. La suggestion se déguise souvent. La diversité des remèdes, qui ont pu guérir les fausses angines de poitrine, montre que bien des fois l'arsenal thérapeutique auquel on fait remonter le succès, n'est qu'un moyen déguisé de suggestion ; le médecin croit avoir guéri sa malade par une drogue et, dans des cas semblables, il l'emploiera de nouveau : chose toute naturelle, mais nous sommes persuadés que, bien des fois, de l'*aqua simplex* déguisée sous un peu de colorant et étiquetée d'un nom

pompeux aurait agi de la même façon. Nous n'en voulons, pour meilleure preuve, que les faits relatés dans une des observations qui se trouvent à la fin de ce travail (obs. VII). Le médecin traitant considérait la malade comme le désespoir de la thérapeutique (nous citons ses propres termes), cependant ayant reconnu la nature nerveuse de l'affection, il formula un diagnostic favorable, et il ajoute : la malade paraît maintenant convalescente et c'est un remède mystérieux de bonne femme qui a amené ce résultat heureux fait pour rendre jaloux les métallothérapeutes.

Le remède de bonne femme, c'est la suggestion inconsciente qui a pris des airs de sorcellerie et qui en a imposé à la malade. Combien de faits analogues on pourrait citer à propos d'autres affections !

L'auto-suggestion est souvent toute puissante pour arrêter l'évolution de ces pseudo-angines. Voyez dans l'observation V, un névropathe, étudiant en pharmacie qui, du jour où il se marie, voit cesser ses crises angineuses.

Sachons donc que la suggestion peut revêtir toutes les formes ; que des malades par exemple, qui se trouvent au sein d'un entourage énergique, peuvent guérir rapidement, influencés qu'ils sont par l'affirmation ferme de leur retour à la santé. Sachons-le pour l'employer le plus souvent possible sous une forme ou sous une autre suivant le tempérament de ceux auxquels nous donnerons nos soins.

Notre intention n'est pas d'entrer dans les détails des processus de suggestion : le professeur Bernheim les a magistralement exposés dans son livre : « Hypnotisme, suggestion, Psychothérapie », nous ne ferions que le répéter.

Du reste, les détails importent peu ; c'est une affaire d'expérience et de pratique courante ; ils sont rapportés dans le livre que nous venons de citer.

Nous croyons avoir déjà fait œuvre utile en montrant combien la suggestion peut aider au diagnostic et au traitement des pseudo-angines de poitrine.

Maintenant, pour terminer ce travail, nous citerons quelques observations. Les premières, dues à l'obligeance du professeur Bernheim et les autres, puisées dans les auteurs qui ont traité la question des pseudo-angines de poitrine ; et après avoir relaté chacune d'elles nous nous proposons de montrer ce qui revient à la suggestion dans leur diagnostic et leur traitement. Nous verrons souvent que la suggestion a revêtu différentes formes depuis la suggestion pure employée à la clinique de Nancy jusqu'à la suggestion inconsciente et médicamenteuse qui ont fait disparaître en très peu de temps ces manifestations si pénibles.

OBSERVATION II

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur BERNHEIM)

Crises de pseudo-angine venant se greffer sur une dilatation anévrismale aortique. — Diagnostic différentiel et guérison par la suggestion

Il s'agit d'une malade de 52 ans, de constitution bonne, de tempérament nerveux, journalière, entrée à l'hôpital le 23 avril 1895. Elle est souffrante depuis un an, et dit avoir eu une gastrite avec vomissements glaireux, bilieux, gastrite qui aurait duré un mois.

Elle a eu des *crises de nerfs* il y a 2 ans, crises qui duraient un quart d'heure, au nombre de 3 ou 4 dans l'espace de 3 à 4 mois. Elle avait mal dans les quatre membres, poussait des cris étouffés, n'avait pas de convulsions ; elle ne perdait pas connaissance pendant les crises. Il s'agissait là certainement de crises d'hystérie.

Il y a 10 jours, en marchant, elle fut prise de très fortes douleurs bilatérales à la base du sternum, en même temps elle ressentit une forte pression et fut obligée de s'asseoir ; elle sentait de l'engourdissement et de la faiblesse dans les doigts, même il lui fut impossible de remuer les bras. Cette crise dura 5 minutes.

Trois quarts d'heure après, nouvelle crise ; le même jour, elle eut encore 4 ou 5 crises : Depuis, les crises sont revenues tous les jours, sauf le 21. Le 22, la crise dura 2 heures. Toute la nuit, elle souffre, et ressent des battements de cœur.

En dehors de ses crises, elle se plaint de faiblesses, de douleurs dans les bras et les jambes.

A l'examen fait à l'entrée (23 avril), on constate à gauche du sternum, aux 2^e et 3^e espaces intercostaux, une saillie ; la voussure est de la grandeur d'une pièce de 5 fr. A ce niveau, on constate une pulsation, la main est soulevée quand on la pose à cet endroit.

La pointe du cœur n'est pas déviée. A l'auscultation, on entend le 2^e bruit légèrement soufflé et renforcé. Au niveau de la voussure, on perçoit un souffle doux au 1^{er} temps.

Le pouls est plus fort à gauche qu'à droite.

On pose le diagnostic de la dilatation anévrysmale de la crosse aortique.

25 Avril. — La malade a eu hier 2 ou 3 crises de 5 minutes. *Suggestion hypnotique.*

26. — La malade n'a pas eu de crises, mais 2 ou 3 crampes de 2 à 3 minutes, crampes analogues aux crampes d'estomac.

27 Avril. — La malade dit aller bien ; n'a plus rien eu. *Suggestion.*

2 Mai. — La malade a eu ce matin une faiblesse avec pâleur, mais sans perte de connaissance complète, ni point douloureux. Le souffle doux aortique persiste.

4 Mai. — La malade sort après avoir été calme pendant 2 jours.

Elle rentre le 20 mai.

A été bien pendant 5 jours après sa sortie.

Le 6^e jour, elle éprouve dans un point situé au-dessus du sein gauche une douleur avec sensation de lourdeur dans les bras, en même temps qu'il y avait des battements de cœur et de l'oppression. Cette douleur dura une heure. Une heure après, nouvelle crise.

Depuis, elle a été souvent reprise tous les jours, à tout instant, de douleur au-dessus du sein gauche. Ainsi, le 17 mai, elle a eu pendant toute la journée et toute la nuit, une série de crises commençant par une brûlure à la base du sternum et à l'appendice xyphoïde, en même temps qu'elle ressentait des picotements douloureux au-dessus du sein gauche vers le cœur. Engourdissement et lourdeur dans les bras et les mains qu'elle ne pouvait remuer ; le tout durant de un quart d'heure à une heure. Cette nuit, a eu 3 accès pendant 5 à 6 minutes.

21 Mai. — La malade assez calme dans la journée, a eu une crise dont le point de départ était une sensation de brûlure à la poignée du sternum ; la crise a duré quelques minutes. 4 crises semblables pendant la nuit. *On fait une forte suggestion.*

22 Mai. — Après la suggestion d'hier, n'a pas eu de crise dans la journée. Dans la nuit, a eu une crise vers minuit durant 2 ou 3 minutes. *Suggestion.*

23 Mai. — A bien dormi après la suggestion. A eu une seule fois pendant la nuit une sensation de brûlure à l'appendice xyphoïde et à la base du sternum et qui n'a duré que quelques minutes. Pouls 86, régulier, égal.

24 Mai. — Hier dans la nuit, a eu une seule fois de légères brûlures peu fortes vers l'appendice xyphoïde.

25 Mai. — Pas de crises depuis hier.

27 Mai. — Hier *on n'avait pu faire la suggestion*, a eu 5 nouvelles crises pendant la nuit, durant quelques minutes (brûlure au sternum, pas d'engourdissement dans le bras).

2 Juin. — N'a plus eu de crises depuis, se trouve bien et demande sa sortie.

Nous voyons dans cette observation que les crises angineuses sont survenues chez une femme névropathe (crises nerveuses antérieures), qui souffrait d'une dilatation anévrysmale aortique. Une crise angineuse causée par sa lésion s'est produite un jour. Le terrain propice a laissé germer la graine. Les crises se sont répétées à plusieurs reprises, puis plusieurs fois par jour, puis elles en sont arrivées à présenter une durée de plusieurs heures. La lésion matérielle suffisait-elle à expliquer cette fréquence et cette longue durée des crises ? Evidemment non. Mis en défiance par la nature et la répétition des manifestations douloureuses, on soupçonna la pseudo-angine nerveuse greffée sur une lésion ancienne. La suggestion démontra la justesse de cette manière de voir. Les crises diminuèrent bientôt d'intensité, pour reparaître bientôt quand la malade resta livrée à elle-même.

La suggestion avait donc permis de faire le diagnostic différentiel en même temps qu'elle était un moyen thérapeutique excellent.

OBSERVATION III

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur BERNHEIM)

Crises angineuses survenant chez une hystérique atteinte de néphrite.

Il s'agit d'une malade de 33 ans, domestique, en traitement à l'hôpital depuis le 23 janvier 1894 pour une néphrite, qui éprouva, à plusieurs reprises, des crises d'hystérie. Elle souffre de temps en temps de battements de cœur violents.

Le 28 juillet 1894, elle eut une crise de pseudo-angine. Respiration haletante, battements de cœur, mouvements convulsifs, durant 5 minutes. Elle attribue cette crise au souvenir de la mort d'une malade du service ; elle se plaint d'une vive douleur à la région précordiale. *Suggestion*, sommeil calme, disparition des douleurs.

Le 30 mai 1895, après une conférence, la malade qui avait été endormie, a eu une crise, commençant par une douleur au-dessous du sein gauche, accompagnée de douleur et d'oppression. Guérison par la *suggestion*.

Le 13 juin 1895. — Hier, étant endormie à la salle de conférences, elle poussa un cri et accusa une vive douleur au-dessus du sein gauche et dans les deux bras ; la respiration était haletante. *Le tout fut réprimé en une minute par une suggestion*. Depuis n'accuse plus qu'une sensation légère de douleur à la pointe du cœur.

OBSERVATION IV

(Inédite, communiquée par M. le professeur BERNHEIM)

Névrose traumatique. — Sensations pseudo-angineuses guéries par suggestion.

C'est un homme de 40 ans, forgeron, de constitution moyenne et de tempérament nerveux qui dit être impressionnable.

Il y a cinq mois, en portant une pièce sous un pilon, il reçut un choc au devant du sternum, en même temps qu'il avait une légère blessure au doigt.

Depuis ce temps, n'a pas pu travailler.

Aussitôt qu'il marche un peu, il éprouve une douleur au 1/4 inférieur du sternum, remontant du tiers inférieur au tiers moyen, comme si on lui fendait la poitrine. En même temps douleurs dans les bras, comme si on lui arrachait les nerfs, dit-il. La sensation le prend

dès qu'il marche un peu fort au bout de 10 minutes ou 1/4 d'heure au plus, après avoir marché.

Ne peut ni courir, ni forcer la marche. Au repos, il ne sent rien. N'a pas d'étouffement, ni de battements de cœur. Il éprouve la sensation d'un poids sur la poitrine, et une sensation de raideur dans les bras qui sont comme endormis.

8 juin. — A la pression, la douleur est localisée au sternum. On fait courir le malade et il court bien, mais accuse une douleur sternale très vive, s'étendant dans les bras. — *Suggestion.*

13 juin. — A été bien dans la journée du 9 ; le 10, le mal est revenu. Hier, après suggestion, il n'a ressenti qu'une légère douleur.

18 juin. — Le malade court sans douleurs.

8 juillet. — Le malade va très bien, ne ressent plus aucune douleur. — Demande sa sortie.

Il s'agissait donc là d'une véritable pseudo-angine psychique, greffée sur un traumatisme chez un individu très impressionnable ; la disparition rapide de la douleur montre bien qu'il n'y avait aucune lésion capable de l'entretenir.

OBSERVATION V

(BOUCHUT, *Revue médicale*, 1831. Résumée)

Il s'agit d'un interne en pharmacie, de 23 ans, ayant un caractère excessivement nerveux qui fut pris, pendant une nuit du mois de septembre 1889, d'une vive douleur à la région précordiale, suivie d'une perte de connaissance ; « il se débattait dans son lit en criant et en se frappant la poitrine ». Cette attaque dura une demi-heure environ. Elle se reproduisit un mois après.

Plusieurs attaques survinrent. Puis le malade s'étant marié, cet

événement parut produire une heureuse diversion sur lui et ses souffrances disparurent pour ne plus se montrer.

Le caractère nerveux de ce sujet, sa profession même donnent la clef de l'étiologie de son affection sur la nature de laquelle il ne saurait y avoir aucun doute. Le mariage, venant à changer son existence, qui, sans doute, est devenue plus calme, influença si heureusement l'esprit de ce malade, que la guérison complète s'en suivit : véritable auto-suggestion, qui agit si bien que les crises disparurent à tout jamais. Cette observation est un bel exemple de la toute-puissance de l'auto-suggestion.

OBSERVATION VI

(HUCHARD, *Revue de médecine*, 1883)

Hystérique. — Pseudo-angine de poitrine légère. — Application de vésicatoires. — Guérison.

R. . Louise, âgée de 19 ans, fleuriste, entre dans mon service de l'hôpital Tenon, salle Laënnec, n° 16. La mère de cette malade était très nerveuse, mais elle n'a jamais eu d'attaque. Cette jeune fille a eu une fièvre typhoïde à onze ans, la rougeole à quatre ans ; jamais de rhumatismes. Réglée à 16 ans, mais depuis cette époque, les menstrues ne sont jamais venues d'une façon normale, elles étaient irrégulières, venant parfois tous les quinze jours. C'est vers le moment de l'apparition des règles, qu'elle eut sa première attaque d'angine de poitrine. Autrefois, elle avait deux attaques qui se succédaient à un ou deux jours d'intervalle, puis elle restait quinze jours sans en avoir. Aujourd'hui, elles se rapprochent de plus en plus et c'est depuis six mois surtout, que la

malade s'est aperçue de ce changement ; maintenant elles se répètent tous les jours et même plusieurs fois dans la journée ou dans la nuit.

Voici de quelle façon elles surviennent : autrefois, elles ne se produisaient que sous l'influence d'une émotion, d'une contrariété ; actuellement, elles apparaissent sans cause ; la malade éprouve une sensation douloureuse du côté de l'ovaire ; cette douleur remonte vers le creux épigastrique, le sternum, où elle cause une véritable angoisse avec sensation de distension énorme du cœur et de là s'irradie toujours vers l'épaule gauche où elle se termine. La durée de l'accès est variable, tantôt d'un quart d'heure, d'autres fois d'une heure ; il se termine parfois par une perte de connaissance et souvent par l'émission d'urines claires et abondantes.

On constate une anesthésie du membre supérieur gauche, de l'anesthésie du pharynx et de l'épiglotte, des syndromes d'anorexie et de dyspepsie légère.

Sous l'influence d'une médication par le bromure de potassium, à la dose de 3 gr, par jour, les accès deviennent moins fréquents, ils ne se répètent plus que tous les dix ou douze jours.

Le 2 février 1883, la malade se plaint d'un point douloureux dans le sein gauche, de fortes palpitations. L'application d'un *vésicatoire* fait disparaître cette douleur.

15 février. — 124 pulsations sans fièvre ; les palpitations paraissent aussi violentes. On constate l'existence d'un point hystérogène sur le trajet du sixième nerf intercostal gauche en avant. au-dessous du sein gauche, au niveau duquel on applique un nouveau *vésicatoire*. Le 26 février, la malade se plaint toujours de cette douleur, qui irradie souvent au cœur, à l'épaule et au bras gauche avec sensation légère d'angoisse. Les pulsations radiales ne sont plus qu'au nombre de 96. Les accès angineux ont complètement disparu et la malade sort de l'hôpital à peu près guérie. Dans ce cas, les troubles angineux ont été certainement peu accentués. Ils ont eu pour caractère de faire pour ainsi dire partie du phénomène de l'accès hystérique. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit d'une pseudo-angine de poitrine dans ce qu'elle a de plus atténué.

Nous citons cette observation pour montrer comment la médication la plus inoffensive (un vésicatoire), peut faire disparaître des symptômes de pseudo-angine de poitrine. C'est de la suggestion médicamenteuse.

OBSERVATION VII

(Hurd *New-York-Medical Record*, 1883, traduit par LECLERC,
Thèse de Paris, 1887.)

Fausse angine de poitrine et palpitations chez une hystérique.

Mme N..., veuve, âgée de 35 ans. A perdu son père d'une maladie de cœur. Sa mère et six de ses sœurs sont mortes de phtisie pulmonaire.

La malade jouit d'une mauvaise réputation. Elle mène une vie irrégulière depuis plusieurs années. Sa mauvaise conduite a retenti sur son système nerveux.

Il y a un an, elle souffrit d'accidents hystériques, au dire de son médecin, qui la tinrent au lit pendant deux mois.

Actuellement. — Elle garde le lit constamment, et dit qu'il lui est impossible de se mouvoir. Elle se croit atteinte de phtisie au dernier degré, et meurt, dit-elle, de l'affection qui a tué sa mère et ses sœurs. Elle ne manifeste aucun appétit et affirme n'avoir gardé aucune nourriture pendant quatre semaines. L'infirmière à son service confirme ce dire. Elle vomit tout : boisson et aliments. L'insomnie est absolue. Tous les jours, la malade crache et vomit du sang. Elle se plaint beaucoup de la poitrine, et pourtant les examens les plus complets souvent répétés, ne démontrent l'existence d'aucune lésion du cœur ou des poumons. Le pouls est normal. La fièvre nulle, et l'amaigrissement fait défaut malgré la non-alimentation. La langue est nette. Les selles régulières de même que les menstrues. Il n'y a qu'un diagnostic à poser sur ce cas, celui d'hystérie, créé pour masquer notre ignorance.

Le fait intéressant pour nous dans cette observation, c'est que la malade a de fréquentes attaques de palpitations et de cardiodynie, à nombre desquelles j'ai assisté. La douleur est très vive et se propage à tous les points du thorax, mais jamais aux bras. Cette douleur coïncide avec les palpitations. Le pouls bat de 120 à 140 et les bruits du cœur sont intenses. En même temps refroidissement de la surface du corps et des extrémités.

Pensant qu'un spasme vaso-moteur était la cause de ces phénomènes, j'ai employé largement le *nitrite d'amyle* pendant les paroxysmes et cela avec le plus grand bénéfice.

J'ai donné encore à ma malade, de la trinitine à l'intérieur (plusieurs gouttes, 3 fois par jour, d'une solution au centième), et c'est toute la médication dont j'ai usé, l'irritabilité de son estomac étant un obstacle à la polypharmacie.

Cette malade guérira avec le temps, ainsi qu'elle fit l'an passé lors d'une attaque semblable.

20 novembre. — La note ci-dessus date de septembre 1883. Je considérai alors Mme N... comme le désespoir de la thérapeutique mais formulai un pronostic favorable. La malade paraît maintenant convalescente et c'est un *remède mystérieux de bonne femme* qui a amené ce résultat heureux, fait pour rendre jaloux les métallothérapeutes.

Nous avons déjà insisté dans le cours de ce travail, sur les particularités intéressantes de ce cas, nous n'y revenons pas ici.

OBSERVATION VIII

(HUCHARD, *Revue de médecine*, 1883)

Mme L. S..., âgée de cinquante-cinq ans, femme distinguée, fort intelligente, très impressionnable, a des antécédents arthritiques des plus accusés : grand-père mort de goutte, père hémorroïdaire et

migraineux, mère ayant eu des coliques hépatiques. Elle a quatre enfants : un fils de trente ans qui a eu dans son enfance des accès fréquents de faux-croup, et qui, il y a trois ans, a eu des hémoptysies fort abondantes, non suivies de tuberculose, que j'ai toujours regardées comme d'origine arthritique ; une fille impressionnable à l'excès, hystérique (accès de pleurs, météorisme abdominal, diarrhée ou constipation, palpitations fréquentes, terreurs nocturnes, quelques phénomènes vagues d'anxiété précordiale, etc.) ; une autre fille également hystérique, atteinte depuis plus de trois ans d'anorexie hystérique, ayant un caractère mobile, fantasque, capricieux.

Il y a quinze ans, cette malade a déjà eu des accidents spasmodiques assez variés, parmi lesquels il faut signaler : un état de contracture du sphincter anal tel que deux chirurgiens des plus éminents crurent à l'existence d'une fissure dont tous les effets disparurent comme par enchantement au moment où ils se disposèrent à pratiquer la dilatation de l'anus ; un spasme œsophagien qui nécessita même l'emploi du cathétérisme œsophagien. Puis, dans l'intervalle de plusieurs années, elle eut des accidents divers : spasmes de l'intestin, pseudo-tumeurs intestinales, concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin, herpès génital avec douleur très vives précédant l'éruption vésiculeuse, spasme du col de la vessie, etc. De temps à autre, accès de désespoir, urines claires, limpides et abondantes et d'autres fois chargées d'acide urique et d'urates. Il y a deux ans, accès de palpitations, phénomène du doigt mort, insomnie persistante, faigues inexplicables, symptômes d'irritation spinale,

Il y a douze mois, pendant trente jours consécutifs, sans cause connue, elle est réveillée en sursaut presque toujours à la même heure, de une heure à deux heures du matin (la malade se couche ordinairement de onze heures à minuit) ; elle se lève sur son lit, en proie à une anxiété profonde et indéfinissable, à une douleur violente à la partie supérieure de la région précordiale, d'autres fois à sa partie moyenne à gauche, d'autres fois encore exactement sous le sternum. Elle éprouve rarement la sensation complète de constriction de la poitrine, mais il s'agit plutôt de la sensation d'un cœur énorme qui va

faire éclater le thorax ; puis la douleur se propage au cou, aux mâchoires, à l'œsophage, où elle produit une véritable dysphagie pour redescendre à l'épaule, au bras droit et jusqu'aux deux derniers doigts, où se produit le phénomène du doigt mort. Deux fois, les irradiations sont bilatérales aux membres supérieurs. Cette attaque, qui dure une demi-heure, mais plus souvent une heure et même deux heures, s'accompagne de refroidissement général, de sueurs froides, appréciables surtout à la face et à la paume des mains. La malade est très effrayée de cet état, d'autant plus qu'il ressemble, dit-elle, aux accès d'angine de poitrine extrêmement violents éprouvés par un de ses parents, le général C..., âgé de soixante-quinze ans. Mais le cœur est absolument indemne de toute lésion ; la durée des accès, leur forme, leurs allures, etc., indiquent qu'il s'agissait bien plutôt de pseudo-angine chez une neurasthénique et arthritique. Je la rassurai de mon mieux, prédisant à ces douleurs une issue favorable. Or un beau jour, *sans cause connue*, les accès disparaissaient pour ne plus jamais revenir. Depuis cette époque, Mme L. § .. a continué sa vie tourmentée par les névralgies et les affections spasmodiques les plus diverses et les plus nombreuses.

Chez cette malade arthritique et névropathe, la douleur précordiale éprouvée une nuit, éveille en elle, à cause de son siège, le souvenir de crises d'angines observées chez un de ses parents ; elle s'auto-suggestionne et la voilà prise de crises angineuses. Un beau jour, par quelle suggestion, ou auto-suggestion, l'observateur ne le mentionne pas, les crises disparaissent pour ne plus revenir.

OBSERVATION IX

(HUCHARD, *Revue de médecine*, 1883)

Crises d'angine de poitrine mixtes, d'origine nerveuse, arthritique et gastrique.

J'ai été consulté pour une jeune femme atteinte d'accès d'angor pectoris et au sujet de laquelle le docteur Saint-Ange (de Toulouse), son médecin habituel, a bien voulu m'adresser les notes suivantes :

Mme S... présente des accès d'angine de poitrine de forme variable, mais qui ne constituent qu'un accident secondaire dans l'affection dont elle est atteinte. Agée de vingt-six ans, née d'un père arthritique, ayant un oncle qui présente des accès de goutte véritable, cette dame a été pendant toute sa jeunesse tourmentée par des crises gastralgiques d'abord éloignées et facilement conjurées, puis plus fréquentes et plus rebelles, surtout depuis sa dernière grossesse, qui remonte à quatre ans. Depuis deux ans, et surtout depuis l'été dernier, les accidents gastriques sont devenus presque permanents : ils consistent dans des douleurs vives, brûlures ou élancements, provoqués surtout par l'alimentation, météorisme, vomissements, et il est arrivé pendant les mois de décembre et de janvier que l'alimentation a été réduite aux proportions les plus restreintes ; de là un grand amaigrissement et une perte considérable des forces. Cette affection gastrique a été inutilement traitée par toutes sortes de moyens ; régime lacté, lavage stomacal, poudre de viande, hydrothérapie, saison à Vichy.

Vers le mois d'octobre dernier, cette gastralgie s'est compliquée de crises d'angine de poitrine caractérisées par une douleur précordiale violente, angoissante, avec sensation de constriction, état lypothymique, crises dont la durée atteignait parfois une heure. D'autres fois, on observait plutôt des accidents pulmonaires : dyspnée avec respiration très fréquente et brève, suivie d'un état léthargique qui persiste

pendant quelques minutes et pendant lequel la malade ferme les yeux et semble dormir tout en conservant la notion exacte de ce qui se passe autour d'elle.

Ces crises surviennent quelquefois spontanément, mais bien plus souvent à l'occasion de l'ingestion des aliments, même les plus légers.

Je n'ai jamais cru qu'il s'agit de crises d'angine de poitrine véritable et j'ai toujours pensé que l'estomac était l'origine de ces accidents cardio-pulmonaires. Dans l'intervalle des crises, il existe fréquemment des douleurs précordiales plus ou moins vives, de l'essoufflement et des quintes plus ou moins violentes de toux gastrique. Pour compléter le tableau symptomatique, il faut ajouter que, chez la malade, il a paru exister à différents intervalles une sorte d'alternance avec les symptômes gastriques et les symptômes cardio-pulmonaires, qui d'autres fois se réunissent. De même il n'est pas rare de voir les accidents gastriques s'amender pour faire place à des accidents d'entéralgie avec excrétion de produits pseudo-membraneux.

Nul doute que dans ce cas la suggestion faite par un médecin n'eût amené une diminution ou même la cessation des troubles angineux, puisqu'un régime régulier et toute la médication employée contre les affections stomacales n'ayant pas amené la guérison de la gastralgie, celle-ci s'est compliquée d'un état nerveux particulier. Les crises d'angine sont donc là un élément surajouté qu'on aurait pu faire sûrement disparaître par la suggestion.

OBSERVATION X

(Due à M. WEBER, interne des hôpitaux, citée par LECLERC, *in* thèse, Paris, 1887)

Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans, de tempérament lymphatique.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 76 ans d'une maladie de cœur. Mère bien portante, frères et sœurs « morts en partie de la poitrine ».

Antécédents personnels. — Mal soigné en nourrice. Ecoulements d'oreille. Incontinence nocturne d'urine pendant un certain temps.

Epistaxis fréquentes avant la menstruation.

L'apparition des règles est accompagnée de syncopes passagères ; elles sont douloureuses et abondantes.

A 15 ans, a eu une émotion vive causée par la mort d'une de ses sœurs. A partir de ce moment, les pertes de connaissance redoublèrent de fréquence. Puis survinrent des troubles gastriques.

Mariée 5 ans plus tard ; le mariage n'amena aucune amélioration dans son état. Elle éprouvait souvent des douleurs abdominales très vives, était irritable et avait des crises de nerfs fréquentes avec perte de connaissance et crise de larmes.

Enfin, six ans après, survinrent de véritables crises d'angine de poitrine considérées, soignées comme telles par un médecin consulté à ce moment. (Infusion de Digitale). Ces crises étaient caractérisées par une sorte de « pression de la poitrine et du dos » avec angoisse atroce, douleur précordiale, irradiations douloureuses dans le bras gauche et dans l'hypocondre gauche. La malade se sent mourir ; la main et le bras sont comme paralysés et incapables de se mouvoir.

Depuis trois ans, à ces crises douloureuses, sont venus s'ajouter des troubles respiratoires. La malade est sujette à de violents accès d'étouffement.

Elle ne peut plus marcher vite, ni monter un escalier sans éprouver aussitôt de l'oppression. De plus elle accuse, surtout depuis le mois de juillet 1886, une douleur plus ou moins vive et continue au-dessus du sein gauche. Il me semble, dit-elle, qu'on m'enfonce et ce point un poignard. La moindre secousse morale, le moindre effort, rappellent la douleur. Elle éprouve aussi souvent la sensation de vide devant elle ; cette sensation est parfois seule cause déterminante de la crise d'angor.

Depuis 3 mois, son état avait empiré ; les douleurs précordiales, d'angine de poitrine étaient la cause d'insomnies fatigantes. Elle s'éveille souvent en sursaut avec la douleur angoissante au cœur, et des irradiations dans le bras et l'épaule gauches.

Ces accidents se sont accusés il y a 2 mois sous l'influence d'une

violente émotion due à l'arrivée brusque d'une proche parente inattendue.

C'est le 28 novembre, que la malade est examinée par nous pour la première fois. Nous la trouvons assise sur son lit, en proie à une dyspnée modérée, mais continue, la peau légèrement moite, le facies pâle, le pouls petit et fréquent. Pendant l'interrogatoire, nous assistons à un de ses accès d'oppression pour lesquels elle réclamait un traitement rapide. Ces accès que la malade appelle avec raison des crises d'aboïement, consiste en une sorte de pause de la respiration, véritable apnée pendant laquelle la malade ouvre la bouche comme pour faire un grand appel d'air ; cette pause dure quelques secondes ; elle est suivie aussitôt de 5 à 10 inspirations courtes et bruyantes, diminuant peu à peu d'intensité et augmentant progressivement d'ampleur. Pendant ce temps, la malade, la main appuyée sur la région précordiale, éprouve une violente douleur qui fait place bientôt à une fatigue générale excessive, à une sorte d'anéantissement.

Puis la respiration devient plus calme, quoique toujours un peu fréquente. Pas de souffle au cœur ; les battements sont réguliers. Le 2° bruit de la base est seul un peu éclatant. Sur le trajet du phénique, il y a une légère douleur à la pression. On trouve un véritable bouton douloureux au niveau du 4° espace intercostal.

21 décembre. — M. Huchard appelé, établit le diagnostic d'angine de poitrine accompagnée d'hystérie viscérale.

Traitement. — Bromure de potassium et valérianate d'ammoniaque. Pulvérisations d'héter.

Peu de résultats.

Plus d'hydrothérapie mais *suggestion*. A partir de ce moment, amélioration à tous les points de vue.

Les symptômes éprouvés par la malade, étaient, par leur mobilité même, les types de la pseudo-angine de poitrine. La suggestion employée sous sa véritable forme, amena une amélioration rapide.

CONCLUSIONS

I. — Il existe deux sortes de pseudo-angines de poitrine : 1° les pseudo-angines dites nerveuses, pouvant se subdiviser en pseudo-angines psychiques, c'est-à-dire ne reposant sur aucun fond réel, et en pseudo-angines nerveuses proprement dites, c'est-à-dire dont le point de départ est un trouble dynamique ou organique léger de l'innervation du cœur ; 2° les pseudo-angines réflexes d'origine gastrique.

II. — Les sensations pseudo-angineuses peuvent se greffer chez le sujet nerveux sur l'angine de poitrine vraie.

III. — Ces pseudo-angines sont susceptibles d'être amendées et même le plus souvent guéries par la suggestion.

IV. — La suggestion est par là même un excellent moyen de différencier les pseudo-angines de poitrine des angines de poitrine vraies.

V. — L'origine des pseudo-angines de poitrine psy-

chiques peut souvent être rapportée à une suggestion inconsciente soit médicale, soit étrangère, ou encore à une auto-suggestion.

VI. — Les pseudo-angines de poitrine sont justiciables de la psychothérapie adaptée comme toujours à l'individualité du sujet.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 13 juillet 1895.

BERNHEIM.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 13 juillet 1895.

Le Recteur,

A. GASQUET.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBRY. — *Thèse de Paris*, 1882.
- BARIÉ. — Recherches cliniques sur les antécédents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépatiques, (*Rev. de médecine*, 1883).
- BERNHEIM. — Clinique médicale, 1877.
- La suggestion et ses applications à la thérapeutique, Paris, 1886.
- Hypnotisme, suggestion et psychothérapie, Paris, 1891.
- BOUCHUT. — *Revue médicale française et étrangère*, 1841, tome iv.
- DESPORTES. — Traité de l'angine de poitrine. — *Thèse*, Paris, 1812.
- FORBES (John). — On angina pectoris (*Cyclop. of Pratical med.*, 1883).
- GAIRDNER. — Angina pectoris and allied states including certain kinds of sudden death (*System of medicin edited by Russel Reynolds*, tome ix, 1877, London).
- GAUTHIER. — *Thèse de Paris*, 1876.
- GELINEAU. — Traité de l'angine de poitrine, 1887.
- GRASSET. — Maladies du système nerveux, 1886.
- HANDFIELD. — Jones studies of functional nervous disorders, 1870, p. 586.
- HEBERDEN. — *Medical transactions of the society of Physicians of London*.
- HILL. — *The medical and physical Journal of London*, 1800.

HUCHARD. — De l'angine de poitrine cardiaque et pulmonaire, et synergies morbides du nerf pneumo-gastrique. (*Union médicale*, 1879).

— Traité des névroses, 2^e édition. (AXENFELD et HUCHARD, 1883.)

— Des angines de poitrine. (*Revue de médecine*, 1883.)

— Traitement et curabilité de l'angine de poitrine. (*Bull. gén. de thérap.*, 1883.)

— De l'angine de poitrine neuro-arthritique. (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, avril 1884.)

— De l'angine de poitrine fruste à siège épigastrique. (*Journal de méd. et de chir. pratique*, janvier, 1887.)

HURD. — Maladies fonctionnelles du cœur. (*New-York medical*, 1883.)

JACCOUD. — *Dict. de médecine et de chirurgies pratiques*, 1865.

JURINE. — Mémoire sur l'angine de poitrine, Genève, 1815.

KRISHABER. — De la névropathie cérébro-cardiaque, 1873.

LANDOÜZY. — Leçons sur l'angine de poitrine neuro-arthritique. (*Progress médical*, 1883.)

LARTIGUE. — De l'angine de poitrine, Paris, 1846.

LASSÈGUE. — Des cardiopathies d'origine réflexe. (*Thèse*, Paris, 1883.)

LEARED. — On disguisead diseates of the heart. (*Med. Times and Gazet*, 1867, tome I, p. 695.)

LECLERC. — *Thèse* de Paris, 1887.

LIÉGEOIS. — De l'angine de poitrine (*Revue médicale de l'Est*, 1882-83).

MARIE. — Deux observations d'angine de poitrine dans l'hystérie. (*Revue de Médecine*, 1882.)

— *Thèse* de Paris, 1883.

MICHAUD. — *Thèse* de Paris, 1878.

NOTHNAGEL. — Angina pectoris vaso-motaria (*Deutsch. Arch. für Klin. med.*, 1867.)

PETER. — Clinique médicale, 1877.

PETIT A. — Maladies du cœur, *in* Traité de médecine Charcot-Bouchard, tome v, p. 315.

STOKES. — Maladies du cœur. Traduction Sénac, 1864.

TROUSSEAU. — Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu, 2^e édit., tome II, p. 446.

WICHMANN. — Ueber angina pectoris und polypus cordis. (Ideen zur diagnostik, Hannover, 1801.)



